

Registrierbogen

für das Webportal für den strukturierten Dialog (WSD)



Krankenhaus / Standort			
Name des Krankenhauses bzw. der Institution			
Institutskennzeichen (9-stellige IK-Nummer)			
Standort/e	<input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05		
Ansprechpartner/in			
Name		Vorname	
Titel		Geschlecht (m/w)	
Abteilung / Position			
Straße			
PLZ		Ort	
Telefon-Nr.			
Verbindliche E-Mail-Adresse			

O.g. Person fungiert als Ansprechpartner/in der LQS Thüringen.
Er/Sie wird durch die Geschäftsführung der Einrichtung autorisiert, für o.g. Standort/e die Kommunikation über das Webportal der LQS (WSD-Portal) zu führen.

Die Bestätigung ist die Voraussetzung zur Einrichtung eines Zugangs zum WSD-Portal.
Die Zugangsdaten werden dem neuen Nutzer nach Eingang dieses Formulars persönlich per E-Mail zur Verfügung gestellt.

Datum

Unterschrift Geschäftsführung

Stempel KH / Institution

Bitte senden Sie dieses Formular an:
LQS Thüringen bei der Landesärztekammer Thüringen Im Semmicht 33 in 07551 Jena
Telefon +49 3641 614 220 Telefax +49 3641 614 225
info@lqs-thueringen.de